FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 102.

DE L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER AU DIXIÈME DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 JUILLET 1895

PAR

FRANÇOIS-JULES PILLET
Né à Baignes Sainte-Radegonde (Charente), le 21 décembre 1857.

NOMS DES EXAMINATEURS. MM. DEMONS, professeur, *président.*
BOURSIER,
POUSSON
CHAMBRELENT, *juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. DURAND, 20, RUE CONDILLAC

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 102.

DE L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER

AU DIXIÈME

DANS LE

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 JUILLET 1895

PAR

François-Jules PILLET

Né à Baignes Sainte-Radegonde (Charente), le 21 décembre 1857.

NOMS DES EXAMINATEURS. MM. DEMONS, professeur, *président.*
BOURSIER,
POUSSON
CHAMBRELENT, *juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. DURAND, 20, RUE CONDILLAC

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

M. PITRES : Doyen.

PROFESSEURS.

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générale	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	De NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophthalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicale des enfants	PIECHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Section de médecine.

Pathologie interne et médecine légale	MM. MOUSSOUS.
	DUBREUILH.
	MESNARD.
	CASSAET.
	AUCHE.

Section de chirurgie et accouchements.

Pathologie externe	MM. POUSSON.
	DENUCE.
	VILLAR.

Section des sciences anatomiques et physiologiques.

Accouchements	RIVIERE.
	CHAMBRELENT

Anatomie et Physiologie { MM. PRINCETEAU. N. } | Histoire naturelle..... M. N.

Section des sciences physiques.

Physique	SIGALAS.
Chimie et Texicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clin. int. des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Pathologie externe	MM. DENUCE.
Clin. des mal. syphil. et cutan.	DUBREUILH.	Accouchements	RIVIERE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Chimie	DENIGES.
Mal. du lar., des or. et du nez.	MOURE.	Zoologie	BEILLE
Maladies mentales	REGIS.		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, M. DEMONS,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE,

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

De même que le voyageur fatigué pendant le cours d'une route semée d'écueils aime à se rappeler, une fois le but atteint, les diverses péripéties qui ont marqué la longueur du voyage, je ne puis m'empêcher, en ce moment, de faire un retour sur moi-même et de m'arrêter moi aussi à certains détours de ma vie d'étudiant. S'il en est quelques-uns où ma pensée puisse s'attarder avec complaisance, ils sont bien loin de moi, car ce sont ceux qui ont marqué mes premiers pas. D'autres, par contre, et des plus rapprochés, ne possèdent comme attrait que de nombreux écueils dont tout mon être n'est sorti que déchiré et meurtri.

C'est cependant sans amertume que mon esprit revient sur ces incidents, qui mériteraient plutôt un autre nom, car ils m'ont permis d'apprécier toute la sollicitude que peut avoir le maître pour l'élève. Deux noms seront toujours indissolublement liés dans mon âme, ce sont ceux de M. le docteur Levieux, administrateur de l'hôpital Saint-André, dont l'affabilité bien connue et l'inépuisable bonté m'ont rendu moins pénible et plus confortable mon long séjour à l'hôpital, en me faisant placer gracieusement aux grands payants, et M. le professeur Demons, dont les soins éclairés et empreints de la plus large bienveillance, m'ont pour ainsi dire arraché à une mort presque certaine. Je n'oublierai jamais, mon cher maître, les encouragements affectueux que vous me prodiguiez avec vos soins, ni le bienveillant attachement que vous m'avez toujours montré dans maintes circonstances, aussi bien avant qu'après ces jours d'épreuve.

Merci aussi à M. le professeur agrégé Villar, qui vous a remplacé à mon chevet pendant les vacances, et qui, en outre des soins qu'il me prodiguait, avait toujours pour moi une parole aimable, une parole d'ami.

Merci aussi à tous ceux qui composaient alors votre service, pour tous les soins dévoués dont ils m'ont entouré, en exécution de vos prescriptions. Qu'ils en reçoivent ici l'expression de toute ma reconnaissance.

Il me reste maintenant, mon cher et honoré Maître, à vous remercier une fois de plus encore, pour le grand honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ma thèse. Ce modeste travail n'a pas la prétention de marquer un pas dans la science, et son auteur sera trop heureux s'il peut avoir pour lui-même quelque utilité pratique.

Je remercie aussi très sincèrement M. le professeur Boursier, qui, après nous avoir dirigé dans la recherche de notre sujet, a bien voulu nous permettre de puiser dans ses cahiers de clinique de gynécologie, les observations qui nous ont servi à étayer notre mince édifice. Merci encore pour les bons conseils et les indications pratiques qu'il nous a largement prodigués dans le cours de ce travail.

INTRODUCTION.

Il est incontestable que nous vivons à une époque où les maladies des femmes occupent une large place dans le cadre pathologique. Les névroses, les chloro-anémies, le lymphatisme marchent souvent de pair avec les affections de l'utérus, spécialement avec les métrites. Nous ne voulons pas dire que celles-là engendrent celles-ci, mais il est évident que les premières constituent un excellent terrain de culture pour le développement et l'entretien des secondes.

C'est la fréquence de ces affections qui nous a conduit à choisir pour notre travail inaugural un sujet de gynécologie. Nous estimons, en effet, qu'une thèse ne pouvant toujours être une œuvre considérable, une découverte à sensation, doit au moins remplir une indication pratique.

En prenant comme titre : « De l'emploi du perchlorure de fer au dixième dans le traitement de la métrite hémorrhagique », nous avons l'espoir d'ajouter un traitement d'une valeur réelle à ceux déjà nombreux qui ont été institués contre cette affection.

Nous diviserons notre travail en six parties :

La première sera consacrée à l'anatomie pathologique où nous essaierons de différencier les lésions qui appartiennent à cette

affection d'avec celles qui sont communes aux autres formes de métrites.

La deuxième comprendra l'étiologie et la pathogénie ; la troisième, les symptômes ; la quatrième, le diagnostic ; la cinquième, le traitement, dans lequel seront intercalées les observations que nous avons relevées ; et la sixième, nos conclusions.

DE L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER

AU DIXIÈME

DANS LE

TRAITEMENT DE LA METRITE HEMORRHAGIQUE

Anatomie pathologique.

Il ne nous a pas été donné de voir par nous-même, à l'aide du microscope, les altérations subies par un utérus atteint d'endométrite, mais l'étude des auteurs remplacera avantageusement les recherches que nous aurions pu faire à ce sujet.

C'est dans les travaux de M. le professeur Cornil et de M. Pierre Delbet que nous puiserons largement la plus grande partie de cette étude.

Laissant de côté les différentes sortes de métrites, nous n'aurions en vue d'étudier que les lésions anatomo-pathologiques de la forme hémorrhagique, mais cette dernière étant habituellement une métrite interstitielle ou une métrite mixte à la fois glandulaire et interstitielle mais avec prédominance des lésions du stroma, nous ne pouvons moins faire que de relater ici les lésions glandulaires. Cette étude du reste nous servira à différencier les cas qui peuvent être soignés avec succès par notre mode de traitement, de ceux pour lesquels on doit avoir recours au grattage.

La division en métrite aiguë et métrite chronique n'a pas grande importance, car la phase aiguë est toujours suivie d'une phase chronique, de même que des poussées aiguës peuvent survenir dans les métrites chroniques.

Toute métrite commence par être une endométrite, c'est-à-dire une inflammation de la muqueuse qui devient épaissie si ce n'est chez les vieilles femmes où dans certaines endométrites, la muqueuse est presque complètement détruite. Dans les cas ordinaires, au lieu de 1 millimètre qu'elle mesure à l'état normal elle peut atteindre 10 et même dans certaines formes 15 millimètres. Elle est boursouflée, molle, pulpeuse, se laissant facilement dilacérer et séparer de la musculeuse sous-jacente et cela pour des raisons anatomo-pathologiques que nous décrirons tout à l'heure. Au lieu d'avoir une couleur blanchâtre qui est celle de l'état normal, la muqueuse hypertrophiée devient foncée, rouge, lie de vin. Dans le col on voit fréquemment saillir sous la muqueuse de petits kystes, œufs de Naboth. Cette muqueuse faisant saillie hors du museau de tanche, constitue les ectropions que l'on rencontre dans la métrite du col.

Malgré l'opinion contraire de certains auteurs, tels qu'Abel et Landau, nous nous rangeons à l'opinion de Ruge, qui suivant que les lésions des glandes ou celles du stroma prédominent, distingue une métrite glandulaire et une métrite interstitielle. Ces types ne sont pas toujours très tranchés et souvent on les trouve associés pour constituer des formes mixtes.

Disons en passant que c'est surtout quand ces deux formes seront intimement liées avec prédominance de la forme glandulaire que le traitement que nous préconisons aura moins de chances de réussir et que le curettage devra lui être préféré. Dans la forme mixte et principalement dans la forme glandulaire, les glandes sont élargies, allongées, elles deviennent par la suite flexueuses et dépassent la limite de la muqueuse pour pénétrer jusque dans le tissu musculaire. Là, elles deviennent de plus en plus irrégulières et de plus en plus

flexueuses, si bien que la coupe au voisinage du muscle prend un aspect aréolaire. D'après M. Cornil, cette disposition explique comment la muqueuse devient plus fragile au voisinage du muscle utérin et comment elle s'en laisse assez facilement détacher.

Passant de l'altération des glandes à celles du stroma de la muqueuse utérine, nous rencontrons beaucoup d'opinions divergentes. Les uns la comparent en effet à un ganglion étalé, les autres la regardent comme contenant du tissu musculaire. M. Cornil considère ses éléments comme formés par du tissu conjonctif avec de petites cellules et des noyaux ovoïdes. Ces cellules et ces noyaux se gonflent et se multiplient dans les inflammations. Dans certains cas, ces éléments en grand nombre, tassés les uns contre les autres, ressemblent à des morceaux de sarcome et ont même été pris comme tels par certains auteurs. Les capillaires, très dilatés, sont quelquefois énormes, et il n'est pas rare de les voir se rompre. C'est dans la métrite hémorrhagique que ces lésions atteignent leur maximum. On trouve naturellement dans cette variété une abondante prolifération vasculaire. Les vaisseaux de nouvelle formation, qui ne sont que des capillaires, présentent sur les coupes une forme très irrégulière et atteignent un calibre relativement considérable. Ils sont très superficiellement situés, près de la surface libre de la muqueuse, et la plupart des culs-de-sac glandulaires sont au-dessous d'eux. Le grand nombre des vaisseaux, leurs dilatations, leur situation superficielle et les éléments embryonnaires dont il sont composés, expliquent les hémorrhagies. Ces altérations cellulaires et ces dilatations capillaires se rencontrent aussi bien dans l'endométrite glandulaire que dans l'endométrite interstitielle, mais les glandes, dans cette dernière, sont peu ou pas altérées. Ce fait constituera un élément précieux en faveur de l'opinion que nous soutenons, c'est-à-dire que toutes les métrites ne sont pas fatalement tributaires du curettage.

Étiologie et Pathogénie.

On admet aujourd'hui que les maladies de l'utérus, désignées sous le nom de métrites, sont d'ordre infectieux, c'est-à-dire déterminées par des micro-organismes. MM. Trélat et Pozzi sont très affirmatifs sur ce point. Le rôle des micro-organismes dans la production des métrites, est certainement très considérable, il est fort probable que l'immense majorité des métrites sont causées par eux; mais il faut reconnaître que sur bien des points, la démonstration n'est pas faite. Pour les endométrites puerpérales, le doute n'est pas possible : elles sont d'origine microbienne. Les nombreuses recherches que l'on a faites à ce sujet, ont prouvé en effet que l'élévation de température qui se produisait chez les accouchées, coïncidait toujours avec la rencontre que l'on faisait dans les lochies de micro-organismes, tandis que ces micro-organismes manquaient absolument toutes les fois où il n'y avait pas de fièvre. L'influence de la puerpéralité dans la production des métrites, est d'autant plus facile à comprendre que l'utérus, à ce moment, peut être considéré comme une plaie ouverte à toutes les semences microbiennes qui peuvent venir du dehors, soit de l'air, du linge, soit encore et malheureusement souvent des mains de l'accoucheur ou de la sage-femme, qui n'ont pas su s'entourer de toutes les précautions antiseptiques et aseptiques, nécessitées en pareille circonstance. L'élément pathogène, dans ces sortes de métrites, est toujours le streptococus pyogenes.

En dehors de la puerpéralité, une autre cause, relativement fréquente, d'infection déterminant des inflammations utérines, est la blennorrhagie. Les métrites à gonocoques sont en effet parfaitement démontrées. On rencontre alors dans ces cas une vaginite, surtout

prononcée du côté des culs-de-sac. Il semblerait que les produits de cette inflammation devraient contenir des gonocoques dont il serait facile de déterminer la présence par les moyens dont on dispose aujourd'hui, et cependant dans la plupart des cas, ils manquent absolument. Cette absence est provoquée par les circonstances défavorables d'existence que trouve ce gonocoque dans l'acidité des secrétions vaginales et dans la concurrence vitale des nombreuses bactéries qui habitent normalement cette cavité. Le criterium de certitude d'infection blennorrhagique est fourni, dans ce cas, par l'uréthrite, que l'on rencontre toujours alors. Nous avons souvent vu nous-même, à la clinique gynécologique de M. le professeur Boursier, la confirmation de cette règle.

Si l'infection de cause externe est indéniable pour ces sortes de métrites, en est-il toujours de même pour les formes les plus vulgaires? En un mot, les métrites catharrales, hémorrhagiques, qui surviennent en dehors des causes citées plus haut, sont-elles dues à des micro-organismes?

Les recherches sur ce point sont assez difficiles. Les travaux de Winter nous ont appris qu'il existe dans la secrétion du col des femmes saines, de nombreux micro-organismes; mais Peraire, d'autre part, est arrivé à des résultats différents, en ne découvrant aucun micro-organisme dans l'utérus des femmes saines. Il est vrai que Peraire avait pris soin de rechercher le mucus au fond de la matrice, et que c'est peut-être pour cela qu'il a obtenu des résultats tout autres que ceux de Winter. Quoiqu'il en soit, les faits de Winter ne sauraient être mis en doute, et force nous est bien d'admettre qu'il y a des microbes dans le col, sinon de toutes, du moins d'un grand nombre de femmes saines. Dès lors, rien d'étonnant à ce qu'on en trouve dans les cas de métrites; mais pour affirmer leur rôle pathogène, il faudrait pouvoir reproduire avec eux des métrites expérimentales. Peraire est bien arrivé ainsi à produire de la vaginite chez une chienne, mais non de l'endométrite.

Peut-on conclure qu'en dehors de toute influence microbienne, certaines métrites puissent être produites par des troubles nutritifs, d'ordre vasculaire ou nerveux, ou bien encore qu'elles sont dues à des agents pathogènes qui ne se colorent pas sous l'action de nos réactifs? C'est, d'après Delbet, fort possible; il est donc bien difficile de tirer de ces faits une conclusion ferme. Ce qui en découle, c'est que l'origine microbienne de certaines métrites, bien que fort probable, est encore incertaine.

Si donc il est vrai que certaines métrites pourraient s'établir sans qu'aucun élément pathogène extérieur soit pour quelque chose dans leur évolution, la métrite hémorrhagique virginale et celle de la ménopause sembleraient devoir occuper la première place dans cet ordre d'idées. Sachant que tous les organes à fonctions transitoires sont particulièrement exposés à devenir malades, lorsque ces fonctions commencent et lorsqu'elles finissent, on comprend très bien que les congestions intenses et répétées du côté de l'utérus, puissent amener des inflammations, dont le siège principal sera dans le stroma interstitiel.

Suivant la classification de M. le profeseur Pozzi, nous rangerons les causes médiates des métrites sous quatre chefs principaux : 1° la menstruation; 2° la copulation; 3° la parturition; 4° le traumatisme; on devrait même y ajouter les néoplasmes qui s'accompagnent presque toujours de l'inflammation de la muqueuse. Cette particularité à un certain âge de la vie, après la ménopause, est même une cause assez fréquente d'erreur de diagnostic.

Toutes les causes qui troublent l'écoulement du sang pendant les règles, malformation de l'utérus, antéflexion congénitale, concavité du col, refroidissement, masturbation, favorisent le développement des métrites.

Avec la parturition, la copulation est certainement la plus grande cause des métrites. Le coït agit peut-être en déterminant des phénomènes congestifs du côté de la matrice, mais il agit surtout en

apportant l'infection blennorrhagique. L'accouchement fait sans précautions aseptiques et l'avortement, sont une des causes les plus fréquentes de la métrite. Dans l'avortement, il est très ordinaire que les membranes ne s'éliminent qu'incomplètement et que des débris de caduque deviennent le centre de foyers inflammatoires qui s'étendent ensuite à toute la cavité utérine. Comme traumatisme, les manœuvres abortives doivent être rangées au premier plan comme causes de métrites. Cela tient à ce que, dans la plupart des cas, ces manœuvres sont faites en dehors de toute antiseptie.

Symptômes.

La métrite hémorrhagique n'étant qu'une variété de l'endométrite chronique, les symptômes sont les mêmes et s'accusent : 1° par des troubles fonctionnels; 2° des symptômes subjectifs; 3° des signes physiques. Seuls les premiers et les derniers ont quelque constance et quelque précision, les seconds sont très variables car les métrites s'accompagnent très souvent de déviations intérieures, plus souvent encore de complications du côté des annexes, de telle sorte qu'il est difficile de faire le départ entre ce qui revient à la métrite et ce qui est dû à ses complications.

Les troubles fonctionnels sont : 1° la bucorrhée; 2° les irrégularités de la menstruation; 3° les hémorrhagies (métrorrhagies ou ménorrhagies).

Parmi les phénomènes constants des symptômes subjectifs se trouvent les douleurs pelviennes qui relèvent directement de la métrite. Les autres douleurs de voisinage, communes à de multiples affections, ne se rattachent à la métrite que d'une manière lointaine et fort indirecte.

La malade accuse des douleurs lombaires, reinales, hypogastriques, augmentant avec la marche, la station debout, s'exaspérant au moment des règles, pendant le coït.

Elle a des troubles digestifs et nerveux et une leucorrhée plus ou moins abondante, parfois continue. A l'examen direct, on voit le col volumineux, les lèvres saillantes, renversées, souvent ulcérées. L'histéromètre révèle un agrandissement de la cavité utérine. Le symptôme qui doit plus particulièrement attirer notre attention, l'hémorrhagie, revêt ici les aspects les plus divers. Ce sont d'abord,

comme on peut le voir dans quelques-unes de nos observations, les règles qui se prolongent de façon à constituer de véritables ménorrhagies. Puis les époques deviennent irrégulières, et entre elles, la malade a des pertes. D'autrefois, il se produit un suintement sanguin, continu, entrecoupé de pertes souvent considérables. Les malades se plaignent d'être toujours dans le sang. Si le sang se coagule, il est expulsé sous forme de caillots, mais ce fait arrive assez rarement.

L'abondance et la répétition des hémorrhagies retentissent sur l'état général. Alors apparaissent, s'ils n'existaient déjà, les troubles de la digestion (anorexie, pica, dyspepsie) et du système nerveux (hysteria minor).

La malade anémiée tombe dans une asthénie profonde. La face pâle, les muqueuses décolorées, elle se plaint de palpitations, d'essoufflements survenant à la moindre fatigue, de points douloureux. Elle a des souffles vasculaires, de l'œdème des malléoles; en un mot, elle court à la cachexie.

Diagnostic.

Souvent facile, le diagnostic de la métrite hémorrhagique ne se fait guère que par exclusion. Un examen direct montrera d'abord que le sang vient bien de l'utérus, non de la vulve, de l'urèthre ou du vagin. On s'assurera que la métrorrhagie n'est pas liée à une maladie générale. Restent les affections de la matrice dans lesquelles on observe les pertes de sang.

En premier lieu, il faut éliminer l'avortement, caractérisé par le retard des règles, les douleurs expulsives, la perte des caillots et l'examen même de ces caillots.

Les tumeurs fibreuses interstitielles ou intra-utérines peuvent être appréciables au palper abdominal ou faire saillie entre les lèvres du col. Dans le cas contraire, on se fondera sur l'abondance de la leucorrhée, sur l'agrandissement considérable de la cavité utérine pouvant donner jusqu'à $0^{m}10$ à l'hystéromètre, sur son asymétrie. Enfin, la sonde exploratrice peut rencontrer un obstacle et faire penser à une tumeur.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel avec le cancer du col surtout quand le mal est arrivé à une période avancée. Cependant certaines hypertrophies folliculaires du col couvertes d'érosions et ayant subi dans certains cas des processus nécrobiotiques, perdent de leur résistance et deviennent friables; les caractères différentiels s'atténuent alors, si bien que les plus habiles et les plus sagaces peuvent s'y tromper. M. Duplay, dans une de ses cliniques, a cité deux cas où il avait porté le diagnostic de cancer inopérable pour des lésions qui ont complètement guéri sous l'influence d'un traitement anodin. Habituellement, quand on a affaire à un cancer, ce n'est pas

du sang pur qui s'écoule, mais une eau séro-sanguinolente, roussâtre, à odeur infecte, *sui generis*. Il arrive quelquefois que chez certaines femmes ayant passé l'époque de la ménopause et atteintes simplement de métrites hémorrhagiques, on ait à constater une mauvaise odeur des pertes ; mais un odorat exercé ne s'y trompe guère et ne prend pas souvent une odeur nauséabonde produite chez certaines femmes par des fermentations vaginales pour l'odeur caractéristique du cancer.

L'âge de la malade entre aussi pour beaucoup dans les présomptions qu'on peut avoir au sujet d'une affection cancéreuse. Voici en effet comment s'exprimait M. le Dr Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, dans une de ses leçons sur les hémorrhagies utérines. (*Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 4 et 11 décembre 1872.)

« S'il est une vérité élémentaire en gynécologie, c'est que toute hémorrhagie utérine survenant chez une femme qui a passé l'âge de la ménopause doit être tenue pour suspecte ; l'observation démontre, en effet, que ce symptôme n'est le plus souvent que l'avant-coureur d'une lésion grave de l'utérus. »

Bien que cette opinion soit malheureusement exacte dans la plupart des cas, il arrive cependant quelquefois, trop rarement, il est vrai, que ces hémorrhagies ne reconnaissent d'autres causes que le processus inflammatoire de la métrite. M. le Professeur Boursier en a déjà cité quelques cas et l'une de nos observations, l'observation IX, en est un autre à l'appui. Du reste, la métrite des vieilles femmes est une métrite décrite par les auteurs et constitue bien une entité morbide.

Dans le cancer, le teint des malades est caractéristique, l'amaigrissement est plus rapide. Les crises douloureuses manquent d'ordinaire dans la métrite ou tout au moins sont peu intenses ; l'état général, à moins de pertes abondantes, n'a pas subi de grandes modifications malgré la longue durée de la maladie, tandis que dans le cancer, l'évolution est rapide et les malades arrivent vite à la

cachexie. Du reste, dans les cas difficiles, par exemple dans l'épithélioma à cellules cylindriques, on peut avoir recours au microscope et pratiquer l'examen hystologique d'un lambeau de muqueuse retiré avec la curette.

Il est à noter aussi que l'épithélioma à cellules cylindriques et primitif du corps, est une néoplasie rare. La plupart des tumeurs malignes de l'utérus débutent par le col. Les caractères à l'œil nu et au microscope, qui séparent l'endométrite chronique de l'épithélionna à cellules cylindriques, sont donc d'ordinaire assez tranchés pour que le diagnostic soit en réalité facile.

En résumé, nous voyons qu'en suivant pendant quelque temps la marche du mal, en appréciant chaque symptôme à sa juste valeur, en ayant recours au microscope dans le cas où la clinique est embarrassée, il sera toujours possible d'affirmer un diagnostic qu'il est nécessaire de porter, puisque sur lui repose le traitement.

Traitement.

Après les considérations qui précèdent, il nous reste maintenant à parler des divers traitements qui ont été employés avec plus ou moins de succès contre la métrite hémorrhagique. Nous serons tout naturellement amené à les discuter et à montrer que celui que nous préconisons mérite, comme nos observations, du reste, en font foi, sinon la première, du moins l'une des meilleures places.

Suivant les conseils de Trélat, disons en passant que les moindres accidents inflammatoires du côté de l'utérus doivent éveiller l'attention du médecin qui a pour devoir de mettre ses malades en garde contre les complications qui peuvent se produire du côté des annexes et du côté du péritoine.

La métrite, une fois établie, nous diviserons d'abord le traitement qui lui est applicable en deux parties principales : la partie médicale et la partie chirurgicale. Si notre but, en effet, est de montrer que le traitement curatif de la métrite consiste dans l'application locale d'un topique ou d'une manœuvre chirurgicale quelconque, n'oublions pas que l'état général de la malade ne doit pas nous laisser indifférent et que les soins que nous dirigerons de ce côté nous seront un puissant adjuvant pour le but que nous voulons atteindre.

Dans notre description des symptômes, nous avons tracé le tableau de la malade épuisée par des pertes abondantes et répétées, anémiée, atteinte de troubles digestifs, presque cachectique. On comprend qu'ici la médication reconstituante doive être instituée et qu'elle produira d'excellents effets. Il faudra donc essayer de relever l'organisme par une bonne alimentation (viandes saignantes, vins généreux) et par l'emploi des ferrugineux. Le quinquina et les amers devront

aussi être prescrits, de façon à réveiller l'appétit de la malade, de même que les laxatifs pour combattre la constipation. Ces divers soins combinés avec le repos au lit et des injections aseptiques très chaudes suffisent quelquefois à enrayer les progrès de la maladie, de telle façon que la malade peut avoir pendant quelque temps l'illusion d'être guérie. Quant aux injections d'ergotine, à la digitale et au tamponnement, ils ne constituent pas, à proprement parler, un mode de traitement, mais sont une indication pressante et un moyen puissant, dans le cas où une hémorrhagie abondante ferait courir à la malade un danger immédiat.

Ces manœuvres ne s'attaquent qu'à l'effet et non à la cause, car l'hémorrhagie supprimée, la maladie reste entière et réclame une médication spéciale.

En résumé, si le traitement médical est excellent pour combattre la chloro-anémie, il est insuffisant dans les métrorrhagies un peu abondantes. Il ne peut prévenir les récidives ni amener la guérison et il faut toujours l'associer à un traitement qui s'attaque directement à la source du mal et la supprime, c'est-à-dire à un traitement topique.

Ce sont les fongosités vasculaires tapissant la cavité utérine qui sont la cause des métrorrhagies; ce sont donc elles que l'on se propose de détruire dans les différents traitements topiques que nous allons passer en revue.

M. Pozzi divise en trois grandes classes les nombreux traitements dits curatifs de la métrite : l'abstersion antiseptique de l'utérus, la cautérisation intra-utérine et le curettage.

L'abstention de l'utérus comprend : les irrigations intra-utérines, le drainage, le tamponnement et l'écouvillonnage.

Les irrigations, préconisées par Schultze, se font après dilatation de l'utérus, avec une solution antiseptique faible (eau phéniquée à 2 %).

Après avoir employé pour le drainage des drains en caoutchouc et

en verre, on ne se sert guère aujourd'hui que du drainage capillaire à la gaze iodoformée. Ce procédé, bien supérieur au premier, a pour but de mettre la muqueuse utérine en contact avec un médicament désinfectant, l'iodoforme. Malgré tout, c'est un traitement long et dont le résultat n'est rien moins que douteux.

Doléris emploie l'écouvillon qui porte son nom et opère une sorte de ramonnage de la cavité utérine. Il pense qu'en employant des écouvillons à crins très raides, on peut obtenir un grattage capable de détruire la muqueuse. Mais alors, je ne vois pas pourquoi on ne préférerait pas à ce procédé, le curettage qui a le mérite de donner la certitude que la muqueuse est absolument détruite, à condition, bien entendu, qu'il ait été bien fait.

Passant à la méthode galvano-caustique, nous voyons que le procéde employé par Middeldorpf et Spiegelberg, a été de nouveau vanté par Apostoli, et a même donné de bons résultats. Néanmoins, M. Delbet pense, et nous pensons nous-même que c'est un moyen auquel il faut renoncer, car, outre l'accusation qu'on lui prête d'entraîner des inflammations du tissu cellulaire peri-utérin, le principal défaut de ce mode de cautérisation, c'est qu'on ne peut pas limiter son action. Malgré l'opinion de M. Apostoli, qui affirme la supériorité de cette méthode sur les autres, parce que, dit-il, elle est dosable mathématiquement, rien n'indiquant à quel moment la muqueuse est détruite et à quel moment la cautérisation va aborder les couches musculaires superficielles où se trouvent situés les culs-de-sacs, sans lesquels la régénération de la muqueuse ne peut se faire, on s'expose à agir trop et à substituer à la muqueuse un tissu de cicatrice ou trop peu et à voir la métrite récidiver.

Les caustiques solides méritent le même reproche, car en les laissant séjourner dans l'utérus, il est impossible de limiter leur emploi et ils sont alors ou insuffisants ou trop puissants, c'est-à-dire ou inutiles ou dangereux. Parmi les complications les plus fréquentes qu'ils déterminent, c'est d'atteindre la couche superficielle de la muscu-

leuse, ce qui a été constaté par MM. Cornil et Schaffer dans l'examen d'une escharre produite par le chlorure de zinc et où la tunique musculeuse entrait pour une épaisseur de trois millimètres. Une autre complication est la sténose et l'atrésie du canal utérin, produites par l'absence de muqueuse qui se trouve remplacée par du tissu cicatriciel, de sorte que les règles ne peuvent plus avoir lieu. Cette aménorrhée s'accompagne ordinairement de douleurs vives, survenant au moment où la menstruation aurait dû se produire. Deux fois M. Pozzi a dû faire la castration pour remédier à ces douleurs. Les accidents de sténose ou d'atrésie peuvent se limiter au col et sont encore dans ce cas une cause de dysménorrhée très pénible et très intense. Cet état ne cède qu'à un long traitement par la dilatation. L'atrésie est due à la coalescence des bourgeons charnus développés des deux côtés de l'isthme. Cet état peut provoquer des accidents très graves tels que l'hématomètre et l'hématosalphinx. Un des fervents de cette méthode, M. Dumontpallier, a été obligé d'installer une thérapeutique spéciale à côté des accidents qu'elle détermine, en faisant pendant quelques semaines après la cautérisation, la dilatation progressive de l'utérus.

Les injections caustiques ont été fort employées par Lisfranc et Vidal. Mais malgré la perfection des instruments employés, la seringue de Braun par exemple, et malgré les affirmations de ceux qui prétendent qu'il n'y a nul danger que le liquide pénètre dans les trompes et de là dans le péritoine parce que le fait ne se produit pas sur le cadavre, nous estimons que ce fait pourrait se produire et entraîner des conséquences fatales. Il est noté qu'on observe quelquefois une douleur très vive, s'accompagnant même de tendance syncopale, mais que ce fait est rare. Dans tous les cas, il suffit pour rendre le chirurgien circonspect dans le choix d'une pareille méthode.

Passant au mode de traitement par le curettage, je me permettrai de citer l'opinion de quelques auteurs : Courty s'exprime ainsi : « On ne peut dissimuler qu'entre les mains de Récamier et proba-

blement de quelques autres, la curette n'ait produit de grands accidents. (Courty, *Traité des maladies de l'utérus*, 3e édition, p. 341.) »

Aran, dans ses leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, s'exprime textuellement ainsi : « J'ai encore présent à la mémoire ces faits nombreux de perforation utérine, dont quelques-uns suivis de mort, que Récamier lui-même communiqua à l'Académie de médecine, il y a quelques années, au milieu d'une impression générale de douleur et de surprise. »

Et plus loin : « L'action de la curette ne s'exerce pas également sur tous les points de la cavité utérine. La paroi postérieure et les bords latéraux peuvent être atteints facilement; la face antérieure et les angles tubaires, ceux-là même où les végétations se rencontrent le plus communément, ne permettent pas à l'instrument de les attaquer d'une manière convenable. On peut retirer par le raclage de la cavité utérine de ces petits corps, du volume d'un grain de millet ou d'un pois, qui ne résultent ni plus ni moins que du froncement de l'épithélium décollé par l'instrument. Enfin, la curette peut ramener de véritables granulations, mais on ne peut pas élever au rang d'opération régulière cette espèce de tir à la cible les yeux fermés. (Aran, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1858.)

Si nous avons cité les opinions qui précèdent, ce n'est pas tant pour faire la guerre au curettage, qui, pour nous, constitue une excellente opération, mais une opération de nécessité, que pour montrer les nombreux insuccès qui l'ont accompagnée. Il est vrai que du temps de Récamier, il était impossible d'opérer dans les conditions où l'on opère de nos jours. L'antiseptie permet en effet aujourd'hui de tenter des opérations qui autrefois étaient à juste titre réputées impossibles. Grâce à l'antiseptie, le curettage est devenu une opération courante, et cependant on compte à son actif plus d'insuccès qu'il ne devrait en avoir. Ces insuccès, pour la plupart, sont dus au manque de soins post-opératoires, soins qui devraient être aussi délicats et aussi importants que l'opération elle-même.

Quoi qu'on ait tenté de vouloir prouver le contraire, une autre cause d'insuccès, constitué par un accident opératoire, est la perforation de l'utérus. On sait en effet combien, même en dehors de l'état de sub-involution, certains utérus atteints de métrites sont mous et friables ; quelles précautions on a besoin de prendre, quelle prudence il faut avoir pour l'introduction de l'hystéromètre, pour éviter des perforations qui ont lieu au moindre effort ; est-il donc si étonnant alors, qu'en présence de la curette ces utérus se laissent déchirer ?

Pour toutes ces raisons, et quoique considérant le curettage bien fait comme une excellente opération, je pense comme je l'ai déjà dit, que l'on ne doit y avoir recours que dans les cas d'absolue nécessité, et alors que l'on s'est assuré que les autres moyens thérapeutiques que l'on a à sa disposition ont complètement échoué ou que l'importance des lésions auront fait entrevoir l'impuissance d'une autre médication.

Nous venons de voir les différents traitements employés avec plus ou moins de succès dans la métrite hémorrhagique. Nous avons pu constater qu'ils étaient loin de mériter toute la faveur et tout l'engouement dont ils ont été l'objet à certains moments ; il nous reste maintenant à parler du perchlorure de fer au dixième, que nous préconisons nous-même; mais avant d'aborder son étude, nous publions quelques observations qui sont presque toutes autant de succès à son actif.

OBSERVATIONS.

Observation I.

B..., trente-six ans, sans profession. Premières règles à seize ans. A vingt ans, grossesse normale, accouchement rapide et suites de couches normales. Dix-huit mois environ après son accouchement, premiers symptômes douloureux du côté droit du ventre, avec leucorrhée abondante. Rapports sexuels accompagnés d'écoulement de sang. Très anémiée. A suivi à cette époque un traitement pour métrite, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Se présente à la clinique le 28 mars 1891, avec les phénomènes ci-après : Sténose du col. Saillie considérable de la lèvre antérieure, dure. Suintement sanguin et douleur au toucher. Examen au spéculum très difficile. Le 30 mai, les douleurs sont constantes sur le côté droit, et les pertes de sang abondantes à la moindre fatigue. Pas de douleur au palper; au toucher, douleur dans le cul-de-sac antérieur avec rougeur de la vulve et érosions sur le col. Hystérométrie, 7 centimètres. On lui fait un premier pansement au perchlorure de fer au dixième. Le 4 juin, les pertes et les douleurs sont les mêmes, mais le toucher moins sensible; abondantes glaires cervicales et sanguinolentes. Deuxième application de perchlorure de fer. Le 6 juin, les pertes n'ont pas reparu depuis le dernier pansement, qui est continué. Le 20 juin, amélioration sensible des douleurs et des pertes qui ne reviennent avec des teintes rosées qu'à la suite de fatigues. On continue le traitement. Le 4 juillet, la malade ne présente plus de pertes et ne souffre plus du tout.

Observation II.

C..., vingt-neuf ans. Se présente à la clinique le 16 juillet 1891. Premières règles à quatorze ans, très irrégulières. Jamais de grossesse ni fausse couche, Pertes rouges abondantes, survenant à la moindre fatigue. Rien d'anormal en

dehors de ces pertes, si ce n'est un état nerveux très accentué. Peu de douleur à la pression abdominale. Col entr'ouvert, admettant la pulpe de l'index. Culs-de-sac libres et non douloureux. Rétroflexion presque complète, le fond de l'utérus accolé contre le rectum. Glaires sanguinolentes. Après quatre pansements au perchlorure de fer, la malade n'obtenant aucune amélioration, entre à l'hôpital le 13 août 1891.

Observation III.

B..., quarante-six ans, domestique. Premières règles à dix ans, toujours régulières; pas de grossesse. Se présente à la clinique le 25 juillet 1891. Ses dernières règles sont arrivées à l'époque normale, mais ont été suivies d'un écoulement hémorrhagique qui a duré huit jours. Rien d'anormal en dehors de cette hémorrhagie, si ce n'est que son ventre aurait grossi un peu, et elle-même légèrement maigri. La palpation est un peu douloureuse au niveau de l'ombilic; le volume du col est moyen mais sanguinolent; les culs-de-sac sont libres mais fongueux et saignants. Il lui est fait ce même jour une première application de perchlorure de fer. Le 30 juillet, la malade revient et dit avoir eu des pertes moins abondantes. On continue le traitement. Le 6 août, la malade dit avoir éprouvé de vives douleurs pendant deux ou trois jours après le dernier attouchement au perchlorure de fer. Ces douleurs se sont ensuite calmées et les pertes sanguinolentes ont encore diminué. Le 8 et le 13 août, le traitement est continué, et la diminution des pertes sanguinolentes est de plus en plus sensible. Enfin, le 22 août, l'amélioration est complète et la malade ne revient plus.

Observation IV.

D..., quarante-quatre ans, cuisinière. Réglée à quatorze ans, régulièrement. Quatre grossesses, dont deux fausses couches à trois mois et demi, la dernière à l'âge de trente-cinq ans. Souffre depuis cette époque et a des pertes glaireuses. Les règles sont toujours régulières et peu abondantes. La santé générale est bonne. Se présente à la clinique le 22 août 1891. A l'examen, le ventre est dur, résistant, non douloureux, excepté dans la fosse iliaque droite. Le col est béant, petit, très mobile; il s'en échappe des glaires sanguinolentes et fétides. L'hystérométrie (8 centimètres) est douloureuse et s'accompagne d'un écoulement de sang. Il lui est fait un premier

pansement au perchlorure de fer. Le traitement est continué les 3, 10 et 17 septembre et amène une amélioration notable. Les douleurs sont en effet moins vives, les pertes moins abondantes et moins sanguinolentes. Le 29 octobre, l'amélioration est de plus en plus notable. La malade revient le 10 mars 1892, ne souffrant pas mais présentant une sécrétion du col un peu colorée. La malade reste jusqu'au 2 août 1894 sans revenir, et accuse à ce moment des pertes blanches abondantes. Elle n'a pas vu ses règles depuis deux mois; il y a commencement d'involution sénile. L'utérus est mobile, mais le catéthérisme ramène un peu de sang. Le traitement au perchlorure de fer est repris et continué jusqu'au 30 mars 1895, époque à laquelle la malade n'a plus que quelques pertes blanches, mais se plaint d'avoir des douleurs semblables à des douleurs expulsives. Ces douleurs sont dues à un léger prolapsus, pour lequel un pessaire de Hodge a déjà été posé. Le 4 avril, la malade n'a plus vu reparaître de sang et n'a plus d'autres douleurs que celles produites par la sensation de poids due à son prolapsus.

Observation V.

G..., trente-cinq ans, marchande ambulante. Réglée à quatorze ans, régulièrement, bonne santé générale, jamais de grossesse; quelques pertes blanches sans douleur, depuis son mariage, à vingt-un an. Depuis deux mois, retard dans les règles de dix à quinze jours, avec pertes hémorrhagiques abondantes, d'une durée de 8 et 12 jours. Arrive à la clinique le 27 août 1891. Son ventre est souple et peu douloureux, le fond de l'utérus est perceptible dans le cul-de-sac antérieur, et douloureux ; le col est petit arrondi, à orifice étroit, légèrement sanguinolent. Hystéromètrie (12 centimètres). Pansement au perchlorure de fer. La malade revient le 3 septembre et dit avoir moins de pertes et moins de douleurs. Le 10 et le 17 septembre, l'amélioration devient de plus en plus sensible; enfin, le 24, c'est à peine si l'on perçoit quelques gouttes de mucosité séreuse sur le col. La malade revient les 1er et 8 octobre avec une légère ulcération en haut et en bas du col, à une certaie distance de l'orifice, mais n'a plus ni douleurs ni hémorrhagies. L'ulcération est pansée avec l'icthyol, et un crayon de sublimé est introduit dans la cavité cervicale. Ce traitement est continué jusqu'au 31 décembre avec une amélioration de plus en plus sensible et sans que jamais le plus petit écoulement de sang se soit produit. A cette dernière date, la malade n'accuse plus aucune souffrance et elle est complètement guérie.

Observation VI.

D..., trente-un an, ménagère. Réglée à treize ans, régulièrement; une fausse couche à dix-sept ans, et deux accouchements normaux à dix-huit et vingt-un ans. Depuis trois ans, elle a des pertes de sang qui constituent de véritables hémorrhagies et pour lesquelles elle suit un traitement à l'ergotine. Vient à la clinique le 27 octobre 1892. Rien de particulier à la palpation. Au toucher, on trouve un utérus très haut, mobile, non augmenté de volume, avec culs-de-sac normaux et non douloureux. Au spéculum, écoulement de glaires sanguinolentes; petite déchirure du col. Hystérométrie, 8 centimètres. La malade est soumise au traitement du perchlorure de fer et revient le 29 octobre seulement, en accusant des pertes sanguines moins abandantes que d'habitude. Le 2 novembre, les pertes sont encore diminuées; le 15, il y a quelques glaires et des pertes sanguinolentes; le 24, glaires muco-purulentes, mais pas de sang. Le 1er décembre, quelques glaires jaunâtres avec un peu de sang deux jours avant; le 17, la malade a eu ses règles moins abondantes et n'a pas de pertes; le 22 et le 24, ni douleurs ni pertes d'aucune sorte. Le 12 janvier 1893, les pertes rouges n'ont pas reparu mais la malade a eu deux fois ses règles; le 14, l'état est le même mais le col est volumineux sans douleur; le 18, quelques glaires seulement, mais le lendemain légères pertes sanguines; le 26, les pertes n'ont pas reparu. Les 9 et 23 février, époque de la dernière apparition de la malade à la clinique, l'état reste le même, sans pertes ni douleurs. A chacune de ses visites, la malade n'a été soumise à d'autre traitement qu'au perchlorure de fer.

Observation VII.

B..., trente-quatre ans, cuisinière. Premières règles à quinze ans, mal réglée. Durée quelquefois de quinze jours. Deux accouchements normaux à vingt-deux et vingt-huit ans. Pertes blanches depuis le dernier accouchement de plus en plus abondantes depuis deux mois, glaireuses et empesant le linge. Côté droit douloureux. Col haut, moyen, très mobile, avec déchirure à droite. Léger ectropion de la lèvre inférieure. Annexes douloureuses. Hystérométrie 6 cent. 1/2, peu douloureuse, mais provoquant un écoulement sanguin. Vient à la clinique le 2 février 1893 et est soumise au traitement par le perchlorure de fer. Revient le 9 et le 16 avec un mieux sensible, mais le col est un peu rouge. Le 2 et le 25 mars, la malade ayant repris

son travail dit avoir eu des pertes blanches épaisses et abondantes. Le 4 mai le sang n'a pas reparu, mais il y a encore des pertes blanches ; le col est moins rouge. Le 27 mai et le 8 juin les pertes blanches sont considérablement amoindries et les rouges ont presque complètement disparu. Le 24 juin et le 13 juillet, les pertes n'ont pas reparu. A toutes les séances, la malade a été soumise au même traitement.

Observation VIII.

D..., trente-deux ans, ménagère. Premières règles à treize ans ; bien réglée ; un accouchement normal à vingt-trois ans Il y a cinq ans, a eu des pertes blanches roidissant le linge ; s'est soignée à la créoline et n'en a plus maintenant, mais a des pertes rouges qui durent aussi depuis cinq ans. Ces pertes sont noirâtres avec caillots et flots de sang et se produisent entre les époques des règles. Douleurs du bas-ventre, des côtés et des reins. Vient à la clinique le 6 mai 1893. Ventre volumineux, de même que l'utérus, avec très léger ectropion des deux lèvres. Hystérométrie, 7 cent., un peu sensible et ramenant un peu de sang. On lui fait un premier pansement au perchlorure de fer. Le 13 mai, il y a moins de douleurs des reins et les hémorrhagies sont moins accusées. Le 27 mai, elles ont reparu avec un peu plus d'abondance, mais le 3 juin, il y a une amélioration très sensible. Cette amélioration se continue le 10 juin, les 8, 10 et 29 juillet, époque à laquelle l'amélioration est de plus en plus notable du côté des pertes ainsi que du côté des annexes qui ne sont presque plus douloureuses. A chacune des séances, le seul pansement employé a toujours été le perchlorure de fer.

Observation IX.

C..., cinquante-neuf ans, marchande. Premières règles à quatorze ans ; bien réglée. Deux fausses couches de deux mois à vingt et vingt-trois ans. Depuis un an et dix ans après la cessation des règles, la malade a éprouvé d'abondantes pertes rougeâtres, très foncées en couleur depuis trois mois et à peu près continuelles, mais peu abondantes. Elle vient à la clinique le 22 juin 1893. A l'examen, le ventre est un peu sensible partout sans douleur vive ni plus marquée nulle part. L'utérus est petit et mobile sans rien de particulier. Le col est petit, sénile, fort peu entr'ouvert. Il lui est fait une première application de perchlorure de fer. La malade revient le 29 juin, n'ayant pas eu de pertes hémorrhagiques depuis le pansement mais simple-

ment un léger écoulement de sang de temps à autre. Le 6 juillet la malade a encore mois perdu ; mais le 13, un écoulement un peu plus abondant s'est produit, mais avait complètement cessé le 29. Le 5 août, l'amélioration est sensible et le 29, la malade dit n'avoir plus vu de sang depuis une quinzaine. Le 7 septembre et le 14 octobre, la malade n'a plus vu reparaître de sang et n'a plus que quelques pertes blanches. La malade revient le 14 avril 1894 parce qu'elle éprouve quelques douleurs de reins ; elle a toujours quelques pertes blanches mais n'a plus vu reparaître ses pertes rouges. Jusqu'au 22 juin 1895, époque à laquelle elle a cessé de venir à la clinique, elle n'a jamais accusé que quelques pertes blanches sans rien de particulier du côté de son utérus qui est toujours resté très mobile, ni du côté des annexes. A chaque séance, depuis exactement deux ans, la malade n'a subi d'autre traitement que le perchlorure de fer.

Observation X.

B..., quarante-un ans, sans profession. Premières règles à seize ans. Bien réglée. Quatre accouchements normaux, le premier à vingt ans. Menstruation toujours revenue régulièrement après chaque accouchement. Depuis cinq ou six ans, douleur dans la partie inférieure de l'abdomen. Il y a trois ans environ, après quinze jours de retard de ses règles, a eu une hémorrhagie ressemblant absolument à une hémorrhagie menstruelle habituelle mais accompagnée de coliques violentes. Reprise normale de l'écoulement menstruel ensuite. Vient à la clinique pour la première fois le 14 décembre 1893, disant avoir, le 11 novembre dernier, éprouvé des douleurs très violentes de l'abdomen à la suite desquelles il se produisit un écoulement brusque de liquide sanguin. Cette perte s'arrête subitement, mais reprend deux jours après et s'accompagne de l'expulsion de lambeaux de membranes. Depuis cette époque a toujours eu une sensation de poids entre les jambes la forçant même à garder le lit.

Actuellement, le ventre de la malade est arrondi, un peu tendu, douloureux à la pression dans la région hypogastrique. Col de volume moyen, très légèrement entr'ouvert; sept centimètres et demi d'hystérométrie. Rien de particulier du côté des annexes. Le catéthérisme provoque un léger écoulement de sang. On lui fait une première application de perchlorure de fer dans le col seulement. La malade revient les 21 et 28 décembre et 11 janvier 1894, accusant une diminution notable des douleurs mais ayant toujours des pertes sanguines. Le 18 janvier les pertes s'étaient arrêtées pendant cinq jours et

avaient reparu moins abondantes mais une hémorrhagie assez vive s'est produite ce même jour.

Le premier février la malade n'a plus que des glaires sanguinolentes ainsi que le 3 du même mois. Le 15 février, la malade dit n'avoir plus eu depuis sa dernière visite ni pertes ni douleurs Le 22 février et le 8 mars l'amélioration est de plus en plus marquée et enfin le 5 avril, les pertes ont complètement disparu. Le seul traitement employé a été le perchlorure de fer au 10°.

Observation XI.

G..., quarante-quatre ans. Premières règles à dix-sept ans, toujours en avance. Deux accouchements normaux à dix-neuf et vingt-quatre ans. Depuis sept ans, douleur dans le côté gauche et les reins, pertes roussâtres, épaisses, avec hémorrhagies d'une durée de huit à quinze jaurs. Depuis deux ans surtout, son ventre a grossi. La malade se présente à la clinique le 23 octobre 1893, avec seulement quelques légères douleurs à la pression dans les annexes droites, en dehors de ses hémorrhagies. Un premier pansement au perchlorure de fer lui est appliqué; elle revient le 30 septembre, toujours avec des pertes, mais moins fortes. Après ces deux pansements, la malade est restée un an avec des règles régulières, mais n'a plus eu de pertes sanguinolentes dans l'intervalle. Depuis le mois de septembre 1894, les perles de sang sont revenues d'une façon presque continuelle, ne s'arrêtant quelquefois que deux ou trois jours, de telle sorte que la malade ne sait plus quand elle a ses règles. On lui fait un autre pansement au perchlorure de fer, et la malade entre à l'hôpital.

Observation XII.

V..., trente ans, tailleuse. Premières règles à seize ans, menstruation régulière jusqu'au mariage (dix-sept ans). A partir de ce moment, nombreux retards; interruption de dix-huit mois vers l'âge de vingt ans. Chaque période de retard était suivie de pertes abondantes. La moyenne des retards était de quinze jours à trois semaines. Pas de grossesses. Depuis deux ans, douleurs dans la fosse iliaque gauche, exagérée par la marche, avec quelques douleurs lombaires. Depuis trois ou quatre ans, pertes blanches épaisses, empesant le linge. Il y a deux mois, hémorrhagie qui s'est continuée sans interruption pendant quarante-trois jours, et cela après un retard d'un mois et demi.

Au moment de sa venue à la clinique, le 5 avril 1894, la santé générale de la malade est bonne, mais elle a dû garder le lit cette année pendant un mois et pendant cinq mois l'année dernière, en raison de sa faiblesse extrême. A l'examen, le ventre est souple, non douloureux, si ce n'est un peu à gauche. L'utérus est mobile, petit, sans douleur, la vulve béante. Le cathétérisme est de 4 centimètres, ne provoque aucune douleur, mais est suivi de l'issue de glaires sanguinolentes. Après six séances, pendant lesquelles la malade avait été soumise au perchlorure de fer avec des alternatives d'amélioration et d'état, les pertes se sont arrêtées brusquement et les règles ne se sont pas produites. Soupçonnant une grossesse, on s'abstient de tout pansement jusqu'au 11 octobre, époque à laquelle une nouvelle perte de sang survient pour se continuer comme par le passé pendant assez longtemps. Le 27 octobre, l'hémorrhagie semble avoir cédé à nouveau, mais l'amélioration n'étant jamais constante, la malade entre à l'hôpital le 10 janvier 1895.

Observation XIII.

D..., vingt-deux ans, sans profession. Premières règles à douze ans. Menstruation irrégulière. Deux grossesses à terme à dix-sept et dix-huit ans, suivies d'hémorrhagies. Quelques mois après les accouchements, douleurs dans l'hypogastre, les fosses iliaques et la région lombaire, mais ayant cédé au traitement par les bains, les injections chaudes et les tampons vaginaux. Depuis trois ans, plus de douleurs, lorsque au mois de décembre dernier, après une course rapide, la malade fut subitement prise d'une douleur très vive, extrêmement forte, semblable, dit-elle, à des douleurs d'accouchement, durant quelques minutes et revenant sitôt que la marche était reprise. Depuis les premiers jours de février, à la suite de bains sulfureux, la malade a eu des pertes de sang qui n'ont pas cessé un seul jour, sans caillots, mais accompagnées de crises douloureuses. Elle se présente à la clinique le 21 avril 1894. Bonne santé générale. Ventre douloureux sur la ligne médiane et au niveau des annexes des deux côtés. Le 5 Mai, après trois applications de perchlorure de fer, l'écoulement sanguin, sans avoir disparu, est cependant déjà moins abondant. Le 10 mai, un retour à l'état aigu semble vouloir se produire, mais le 17 mai la malade va beaucoup mieux, les pertes se sont arrêtées et les douleurs ont disparu. Le traitement, continué jusqu'au 9 août deux fois par semaine, avec des alternatives d'état et d'amélioration de plus en plus sensible, a donné à cette époque le meilleur résultat qu'on peut en attendre. Depuis plus d'un mois et demi, en effet, ni pertes ni douleurs n'ont reparu.

Observation XIV.

D..., trente-un ans, sans profession. Premières règles à quinze ans. Assez bien réglée. Trois accouchements normaux, de vingt à vingt-quatre ans. Souffre du ventre depuis longtemps, avec sensation de poids à l'hypogastre pendant la marche et les efforts. Depuis quatre mois, perd du sang en assez grande quantité deux ou trois fois par mois. Vient à la clinique le 2 avril 1894. Les parois abdominales sont molles et dépressibles. Son col est volumineux, très enflammé, avec ectropion de la lèvre antérieure; il y a d'abondantes secrétions glaireuses. L'hystérométrie donne 7 cent. 1/2. On lui fait une première application de perchlorure de fer et le 9 août la malade n'a pas vu revenir ses pertes de sang, mais a toujours beaucoup de pertes blanches. Le 16 août, les hémorrhagies n'ont pas reparu; les règles sont venues à l'époque habituelle et ont été normales. Le col est toujours volumineux avec secrétions cervicales abondantes, mais il y a moins de douleur. Le 23 août, le 30 août et le 6 septembre, il y a toujours des pertes blanches, mais les pertes sanguines n'ont pas reparu. La malade revient le 17 novembre, n'ayant aucunement souffert depuis sa dernière visite et n'ayant pas vu reparaître ses pertes de sang; elle a toujours des pertes blanches. Le 9 mai 1895, époque de sa dernière visite, les pertes blanches sont presque nulles, les douleurs absentes et les pertes rouges n'ont toujours pas reparu depuis le 6 septembre 1894. Le traitement employé contre les hémorrhagies a été le perchlorure de fer au 10e.

Observation XV.

C..., quarante ans, lingère. Premières règles à treize ans. Bien réglée pendant un an, mais anémiée au bout de ce laps de temps, les règles deviennent irrégulières avec pertes blanches dans l'intervalle. Un accouchement à vingt ans d'un enfant de sept mois et demi. Le travail a été facile, mais il y a eu à la suite une forte fièvre qui a nécessité un séjour au lit de 20 jours; en outre, pendant un mois la malade a eu des pertes rouges. Depuis cette époque, la malade n'a jamais été bien réglée et a toujours eu des pertes jaunâtres tachant et empesant le linge. Elle vient à la clinique le 13 décembre 1894 et dit que depuis la fin du mois d'octobre dernier, elle a eu de quinze jours en quinze jours, des pertes rouges avec des pertes blanches dans l'intervalle

mélangées de quelques filets de sang. Son ventre est douloureux surtout au niveau du fond de l'utérus. Le col est entr'ouvert, peu volumineux mais rouge; l'examen provoque un écoulement de glaires sanguinolentes. On lui fait un premier pansement au perchlorure de fer et la malade revient le 15 décembre disant avoir été un peu mieux sitôt après le premier pansement, mais l'hémorrhagie s'est de suite reproduite et l'examen provoque même un fort abondant écoulement de sang. La malade rentre à l'hôpital.

Observation XVI.

S..., vingt-cinq ans, marchande. Premières règles à quatorze ans. Bien réglée. A vingt-deux ans, un accouchement à terme ayant nécessité une application de forceps. Le travail a duré 48 heures; une fièvre intense a eu lieu ensuite pendant 15 jours et la malade ne s'est levée qu'au bout de 45 jours; elle n'a marché qu'au bout de deux mois et a toujours éprouvé depuis cette époque des douleurs dans le bas-ventre, les flancs et les reins, douleurs exagérées par la marche et la fatigue et ne se calmant que par un repos horizontal. Les règles, accompagnées de coliques, avaient cependant toujours été régulières, mais les dernières n'ont pas cessé depuis 23 jours. La malade vient à la clinique le 10 janvier 1895. Son col, déchiré transversalement, a un volume moyen, son utérus est mobile, mais cette mobilité est un peu douloureuse. L'hystérométrie (7 cent.) est également douloureuse et ramène du sang. Une première application de perchlorure de fer lui est faite. Jusqu'au 7 février, la malade est venue sept fois, présentant des alternatives d'améliorations et d'état du côté des pertes sanguines, mais ayant vu notablement diminuer ses douleurs. A partir de cette époque, le catéthérisme ne ramène plus de sang et les pertes ainsi que les douleurs vont en diminuant pour disparaître complètement le 1er juin. Pendant cet intervalle la malade est venue à la clinique vingt-cinq fois et a été soumise à chaque séance au même traitement. Du 1er au 29 juin, époque de sa dernière visite, l'amélioration n'a fait que s'accentuer, ses règles ont été normales, non accompagnées de douleurs ni suivies de pertes.

Observation XVII.

V..., trente-sept-ans, lingère. Premières règles à douze ans, toujours irrégulières. Dix grossesses dont deux fausses couches, sept accouchements normaux et à terme et un accouchement prématuré à huit mois, provoqué

par une chute. Cet accouchement s'est produit à l'âge de trente-quatre ans et depuis la malade n'a cessé de souffrir des reins, du ventre et du flanc gauche, avec irradiations dans les cuisses et les jambes. Ces douleurs sont exagérées par la marche et la fatigue. Les règles, toujours abandantes et d'une durée de huit jours, se sont transformées depuis l'été dernier en un écoulement continuel et abondant de sang. Si les pertes cessent d'être complètement rouges elles sont blanches, mais toujours mélangées de sang. La malade vient à la clinique le 7 février 1895. Son ventre est tendu, volumineux, d'une palpation difficile, son utérus, également volumineux, paraît fléchi en avant, les annexes gauches sont douloureuses. Le col augmenté de volume est recouvert de glaires muco-purulentes. L'hystérométrie (7 cent.) n'est pas douloureuse mais ramène un peu de sang. Il lui est fait une première application de perchlorure de fer au 10e et la malade reste pendant trois jours sans perdre de sang. Elle revient à la clinique deux fois encore accusant une amélioration de plus en plus sensible, mais il est à regretter qu'elle n'ait pas continué ses visites, car il est difficile de conclure qu'elle ait été guérie dans quatre séances.

Observation XVIII.

C..., vingt-trois ans, ménagère. Premières règles à quinze ans, régulières jusqu'à vingt-ans. A cette époque, et à la suite d'une fièvre typhoïde, elles ont été irrégulières, revenant souvent deux à trois fois par mois. Ce dernier mois la malade n'a cessé de voir du sang. Elle n'a pas de pertes blanches, pas de douleurs de ventre mais des douleurs dans les reins quand la perte de sang s'arrête. Pas de fausse couche et un accouchement normal à seize ans. Vient à la clinique le 14 mars 1895. Son ventre est tendu mais non douloureux, pas de douleur non plus au niveau des annexes. L'utérus est mobile, le col déchiré dans ses deux commissures. Le cathétérisme, un peu douloureux, donne 7 cent. et ramène un peu de sang. Il lui est fait une première application de perchlorure de fer. Cette application a été suivie d'une abondante perte de sang qui s'est arrêtée deux jours après. Le 21 et le 28 mars, il n'y a plus de sang, mais des glaires transparentes très abondantes, ainsi que le 4 avril. Le 18 et le 25 avril, il y a encore eu quelques légères pertes sanguines et d'abondantes pertes blanches. Le 9 mai, le sang n'a pas reparu, le col est en bon état et les pertes blanches sont moins abondantes. Le 16 mai, l'amélioration est de plus en plus sensible. A sa visite du 30 mai la malade vient d'avoir ses règles qui n'ont pas été très prolongées. En dehors de ses règles elle n'a pas eu de sang. Le 13 juin, la malade n'a plus eu depuis le dernier

traitement ni pertes blanches ni pertes rouges. Le 28 juin, ses règles ont été un peu plus abondantes mais n'ont pas été suivies de pertes. Le 4 juillet, la malade n'a eu aucune perte depuis ses règles. Son col est en bon état et il y a absence complète de douleurs. Le seul traitement institué a été le perchlorure de fer.

Comme on a pu le voir par les observations qui précèdent, le perchlorure de fer s'est montré seulement quatre fois impuissant dans les dix-huit cas où il a été employé. Nous ne voulons pas affirmer par là que cette moyenne soit la règle, car nous n'avons pris que des observations complètes, laissant de côté celles où, après une ou deux séances sans résultats appréciables, les malades n'ont plus reparu à la clinique. Ces cas, au nombre de huit, sont considérés par nous, sinon comme un insuccès complet, tout au moins comme un résultat douteux.

En admettant même que ces derniers soient rangés parmi les insuccès complets, il nous resterait encore une moyenne de plus de cinquante pour cent, ce qui, dans une affection à formes si diverses, mérite encore quelque considération.

J'ai dit dans le cours de cette étude qu'il y avait peut-être une raison anatomo-pathologique qui enléverait au perchlorure de fer ses chances de succès. Ce serait, à mon sens, quand la métrite hémorrhagique s'accompagne de métrite glandulaire avec prédominance de ce dermier élément anatomique. On comprend en effet que l'immense développement des fongosités qui constituent cet état, soit passible d'un traitement moins anodin que celui d'un léger caustique étendu au dixième. C'est surtout pour ces cas là qu'après avoir constaté son insuccès, je serais tenté de conseiller à la malade l'opération du curettage. Mais avant d'en arriver là et à moins d'indications pressantes, telles que des pertes abondandes et continues pouvant compromettre sérieusement la santé et même la vie de la malade; comme on ne peut pas aisément se rendre compte de l'importance et du volume des

fongosités, à moins, ce qui arrive quelquefois, que celles-ci ne fassent saillie en dehors du col, je crois qu'on ferait sagement d'employer le perchlorure de fer.

On a dit de ce médicament qu'il avait l'inconvénient de former des coagula noirâtres qui s'éliminaient difficilement de l'utérus. M. Delbet dit en avoir vu sortir trois semaines après l'injection. Ce fait n'a rien qui puisse étonner, étant donné la forme et le titre sous lesquels ce médicament a été administré. Nous avons déjà dit ce que nous pensions des caustiques liquides en injections intra-utérines, cela nous dispensera d'y revenir et nous nous contenterons d'attribuer au perchlorure de fer pur en injections intra-utérines, une action aussi novice dans certains cas que celle des autres caustiques employés.

Pendant tout le temps que nous avons suivi la clinique de M. le professeur A. Boursier, il ne nous a jamais été donné pour notre compte de constater des effets semblables et nous croyons pouvoir affirmer qu'il ne s'en est jamais produit.

En résumé, l'emploi du perchlorure de fer au 10e constitue une excellente médication dans la métrite hémorrhagique légère, c'est-à-dire dans les cas où la nature des accidents n'inspire aucune inquiétude immédiate, et il est alors appelé à rendre de véritables services.

Le pansement se fait à l'aide d'une tige de baleine dont le bout le plus effilé est garni d'une légère couche de ouate solidement fixée et maintenue par la forme même de la baguette. Cette ouate est imbibée d'une solution au 10e de perchlorure de fer et promenée dans la cavité utérine. Comme la cautérisation est ainsi très légère, il est bon de rapprocher les séances, pour peu que les pertes soient abondantes, en ne mettant entre elles qu'un intervallle de deux ou trois jours.

CONCLUSIONS.

De l'étude que nous venons de faire, nous tirerons les conclusions suivantes;

1° Que toutes les métrites hémorrhagiques ne sont pas fatalement tributaires du curettage.

2° Que de tous les topiques employés le perchlorure de fer au 10e est celui qui offre le moins de dangers tout en donnant d'excellents résultats;

3° Que dans tous les cas c'est le premier traitement auquel on doit avoir recours avant de se décider pour le curettage.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
DEMONS.

Vu, le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 juillet 1895.

Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CONAN..... De la métrite hémorrhagique. Th. Paris, 1869.

GALLARD..... Bulletin de thérapeutique, 1872. *Journal de médecine et de chirurgie pratique.*

ARAN..... Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. 1858-1860.

DE SINÉTY..... Manuel de gynécologie. 1889.

COURTY..... Traité pratique des maladies de l'utérus.

BOUREAU..... Thèse de Paris, 1887.

EMMET..... La pratique des maladies des femmes.

MARTIN..... Maladies des femmes.

DALCHÉ..... *Gazette médicale de Paris.* 1885.

POZZI..... Traité de gynécologie.

GUINON..... *Gazette médicale de Paris.* 16 avril 1887.

DE LOSTALO..... *Bulletin de la Société anatomique.* 20 décembre 1889.

MARTINEAU..... Leçons sur la thérapeuthique de la métrite. In-8°. Paris, 1887.

TEILLAR DE CHABRIER. Traitement de la métrite hémorrhagique. Thèse de Paris, 29 décembre 1888.

LAMBERT..... Endométrite fougueuse hémorrhagique. Thèse de Paris. Juillet 1881.

TERRILLON..... *Bulletin médical.* Août 1887.

CORNIL..... Anatomie path. des métrites, in *Journal des connaissances médicales*, 1888.

DELBET..... Manuel de chirurgie de Duplay et Reclus.

DESMOULINS..... Quelques considérations sur le curettage de l'utérus comme traitement de la métrite hémorrhagique.